ITEM 155 : INFECTIONS CUTANÉO-MUQUEUSES

Physiopathologie	Surface cutanée : séparation de l'organisme et du milieu extérieur - **Flore commensale permanente** : bactéries (corynébactéries, staphylocoques blancs…), virus, parasites, champignons ➙ Portage constant physiologique, plus marqué dans certaines zones (grands plis, périnée, orifices narinaires) - Protection mécanique : **continuité des cornéocytes** - Protection chimique : **pH acide** (**5,5**), **sébum hydrophobe**, **peptides antimicrobiens** (défensine, lysozyme, cathélicidine) - Protection biologique : **microbiome non pathogène, système immunitaire** (cellules de Langerhans épidermiques, macrophages dermiques, lymphocytes à tropisme cutané)
Déf	**Mycose** = infection provoquée par des champignons ou des mycètes microscopiques **Mycose superficielle** = mycose qui touche la peau, les phanères (surtout au niveau digestif et génital)

INFECTIONS BACTÉRIENNES

- ***S. aureus*** : résistant à l'amoxicilline, sensible à la méticilline (++ pénicilline M : Oxacilline) dans >95% des cas
- ***Streptococcus pyogenes*** = **streptocoque β-hémolytique du groupe A** : sensible à l'amoxicilline dans 100% des cas
- Antibiothérapie de 2nd intention (en cas d'allergie) : **pristinamycine** ou **clindamycine**

IMPETIGO

Impétigo = infection de la couche cornée de l'épiderme à ***S. aureus*** (70%, 90% en Fance), **streptocoque pyogène** (30%, pays émergents+++) ou les 2
- **Non immunisant** : récidives possibles
- Particulièrement fréquent chez l'enfant et en milieu **défavorisé**
- **Très contagieux** : auto-inoculation, petites épidémies familiales ou de collectivité
- **Impétigo primaire** (rarement chez l'adulte) ou **impétiginisation** = sur **dermatose préexistante** (eczéma, varicelle, lymphome cutané…) ou lésions de grattage (gale, pédiculose…)
➙ En cas d'impétiginisation sans dermatose connue : évoquer une **gale** ou une **pédiculose** (surtout à la nuque)
- **Complications locales** (très rares) : lymphangite, abcès sous-cutanés

C

Impétigo bulleux staphylococcique
= Production locale de **toxine exfoliatine A ou B** ➙ rupture de cohésion des kératinocytes en ciblant la desmogléine 1 des desmosomes de l'épiderme superficiel
- Lésion élémentaire : vésico-**bulle fragile sur peau inflammatoire**
- ➙ **pustule** ➙ **rupture** ➙ **érosion suintante** ou recouverte de **croûtes jaunâtres mélicériques** (couleur miel)
- Regroupement de lésions multiples : placards polycycliques à contours circinés
- Localisation : peut toucher toute zone de la peau, classiquement péri-orificielle (péribuccale chez l'enfant, périanale, péri-génitale chez le nourrisson par macération des couches, « **pemphigus épidémique des crèches** »)
- Signes associés : **apyrexie, état général conservé, parfois ADP satellite**
- **Forme clinique disséminée** : en particulier chez le nouveau-né et le nourrisson
- Guérison sans cicatrice

Impétigo streptococcique
= Distinction clinique difficile avec l'impétigo staphylococcique, de peu d'intérêt
- Complication (exceptionnelle) : **glomérulonéphrite post**-streptococcique (non prévenue par l'antibiothérapie)**, RAA**
- Contrôle de la protéinurie 3 semaines après l'épisode infectieux **non systématique**

Ecthyma
= Impétigo creusant, plus particulièrement au **streptocoque β-hémolytique du groupe A**
- **Pathologie fréquente de la précarité**
- **Ulcération profonde** du derme, initialement recouverte par une **croûte** épaisse noirâtre entourée d'un **halo inflammatoire**, laissant une **cicatrice séquellaire**
- Le plus souvent au membre inférieur, chez l'adulte, volontiers diabétique ou éthylique
➙ A distinguer de l'**ecthyma gangrenosum** (dermohypodermite bactérienne nécrosante) à ***Pseudomonas*** chez l'immunodéprimé

PC

➙ **Diagnostic clinique** : aucun examen
- **Prélèvement d'une bulle non rompue pour examen bactériologique** seulement à but épidémiologique, en cas d'échec de traitement ou de cas compliqué

TTT

TTT local
= En cas de **forme peu étendue** : surface atteinte **< 2%** ou ≤ **5 sites lésionnels**, non extensif
- **Pas d'antiseptiques locaux (HAS 2019)**
- **Antibiotiques topiques** (une des rares indications !) : **mupirocine** 2 fois/jour pendant 5 jours

TTT systémique
= En cas de lésions multiples étendues et ecthyma :
- **Antibiothérapie per os** pendant **7 jours exclusive** (pas de ttt local en plus)
  - **Enfant : céfadroxil (C1G)** ou **amoxicilline-acide clavulanique** (80 mg/kg)
  - **Adulte : céfalexine (C1G)** ou **pristinamycine.**

<table>
<tr><td rowspan="11">FOLLICULITE, FURONCLE</td><td></td><td>Mesures associées</td><td>- Renforcement des mesures d’hygiène personnelle : Lavage biquotidien au savon avec rinçage, lavage des mains, brossage des ongles, changement quotidien de linge de corps
- Éviction scolaire pendant 3 jours après le début du traitement sauf lésions protégeables
- Traitement étiologique d’une dermatose sous-jacente</td></tr>
<tr><td colspan="3">= Infection du follicule sébacé : à S. aureus dans la majorité des cas</td></tr>
<tr><td colspan="2">Folliculite superficielle</td><td>= Infection de la partie superficielle du follicule pilo-sébacé (ostium folliculaire)
- Pustule centrée par un poil, associée à un érythème périfolliculaire, sans cicatrice séquellaire
- Localisation : nombre variable, siège sur les régions pileuses (cuisses, périnée, bras, dos, thorax), les cils (orgelet), favorisé par la macération et le frottement
- Sycosis de la barbe : forme clinique particulière localisée à la face, caractérisée par l’extension et la chronicité des lésions, favorisée par le rasage</td></tr>
<tr><td colspan="2">Furoncle</td><td>= Infection profonde et nécrosante avec atteinte du follicule pilo-sébacé en totalité (S. aureus +++)
- Papule ou nodule inflammatoire, douloureux, centré par une pustule sur une zone pileuse, sans poil (le poil disparaît par nécrose) → zone nécrotique centrale (bourbillon) en 5 à 10 jours, avec cicatrice séquellaire
- Si évolution abcédée récidivante avec petites épidémies familiales → recherche de forme toxinogène (Leucocidine de Panton-Valentine → nécrose) et portage chronique
- Apyrexie sauf forme profuse ou disséminée
- Autres formes cliniques :
. Anthrax : conglomérat de plusieurs furoncles
. Furonculose = furoncles avec évolution récidivante souvent lié à un portage nasal du S. aureus, (Recherche des FDR comme le diabète, l’immunodépression ou carence martiale souvent négative)
- Favorisé par la macération et le frottement</td></tr>
<tr><td>DD</td><td colspan="2">- Autre folliculite : dermatophytes (kérion = dermatophytie inflammatoire ; folliculite pytirosporique), folliculite à Candida albicans ou à BGN
- Acné
- Pseudo-Folliculite non infectieuse : maladie de Behçet, maladie de Crohn, folliculite à éosinophiles
- Hidradénite suppurée = maladie de Verneuil : inflammation chronique des zones riches en glandes apocrines (plis axillaires, sous-mammaires et ano-périnéaux)
- Kyste épidermique inflammatoire ou surinfecté sur le visage : notion de kyste préexistant</td></tr>
<tr><td>Complications</td><td colspan="2">Locorégionales :
- Abcès primitif
- Dermohypodermite aigüe
- Lymphangite
- Staphylococcie maligne de la face (grave, rare) = dû à la manipulation d’un furoncle localisé dans la zone centro-faciale (limitée par le canthus interne, la commissure labiale et l’aile du nez), au-dessus de la ligne horizontale des lèvres (zone de drainage veineux vers le sinus caverneux) : thrombophlébite superficielle septique des veines de la région centro-faciale, avec risque de thrombophlébite du sinus caverneux (risque vital) -> TDM de la face
Clinique : AEG avec œdème du visage ± cordon veineux induré sous-jacent
Systémiques : porte d’entrée : bactériémie ± localisation secondaire (EI, infection de prothèse, spondylodiscite, arthrites...)</td></tr>
<tr><td>PC</td><td colspan="2">→ Diagnostic clinique : aucun bilan nécessaire en cas de forme non compliquée
- Forme compliquée ou furonculose : NFS, sérologie VIH, EPP, glycémie à jeun, prélèvement du furoncle, recherche de portage du S. aureus (nez, périnée, anus, cicatrices...)</td></tr>
<tr><td rowspan="4">TTT</td><td colspan="2">- Mesures d’hygiène générales : douche quotidienne, lavage des mains à l’antiseptique (chlorhexidine ou polyvidone iodée), éviter la manipulation du furoncle et les vêtements synthétiques ou trop serrées
- Soins antiseptiques locaux pluriquotidiens (solution, crème, pommade) : chlorhexidine, polyvidone iodée…
- En cas de sycosis : mousse à raser antiseptique, rasoirs jetables, espacer le rasage</td></tr>
<tr><td>Folliculite</td><td>Guérison spontanée si forme limitée
Si forme profuse : Amoxicilline-Acide clavulanique ou Pristinamycine</td></tr>
<tr><td>Furoncle</td><td>- Antibiothérapie réservée aux patients comorbides ou formes à risque de complication (furoncle centro-facial) : Pristinamycine ou Clindamycine, pour 5 jours / enfant : Augmentin 5j 80mg/kg
- Incision si furoncle volumineux
- Protection par un pansement</td></tr>
<tr><td>Furonculose</td><td>- Prélèvement d’un furoncle pour antibiogramme puis :
- Mesure d’hygiène ci-dessus
- Recherche d’un portage de S. aureus dans les gites
- Antibiothérapie per os par clindamycine ou pristinamycine pour 7 jours
- Décontamination des principaux gîtes de portage (aisselles, périnée et vestibules narinaires) pendant 7 jours par douche antiseptique quotidienne à la chlorhexidine et application de pommade antibiotique (mupirocine) 2 fois par jour dans les vestibules nasaux, pour le patient ET son entourage.</td></tr>
</table>

Autres infections cutanées staphylococciques	**Panaris**		= Infection du repli unguéal : repli unguéal inflammatoire et douloureux, augmenté de volume Peu aboutir à la perte de l'ongle si matrice touchée Complications : lymphangite, phlegmon des gaines, arthrite - TTT : **antiseptiques locaux** ± **incision et drainage**, antibiotique systémique (si résistance et/ou collection et/ou complication)
	Abcès		= **Collection de pus** dans le derme et/ou l'hypoderme - **Abcès primaire** ou **spontané** ± **récidive** ± petites épidémies familiales : rechercher leucocidine de PV *(S. Aureus)* - **Abcès 2ndr** (toxicomanie, inoculation…) : *S. Aureus* +++ Attention : émergence de *S. Aureus* Méti-R en milieu communautaire (SARM-CO) → infections suppuratives dont de nombreux abcès parfois nécrotiques
		C	- **Nodule** ou **plaque** érythémateuse inflammatoire et très douloureux - Après quelques jours : consistance molle (témoin de la collection) - **Lymphangite** et/ou **ADP satellites** parfois associées, fièvre rare, état général conservé
		PC	- **Analyse bactériologique du pus systématique** : identification de la bactérie
		TTT	- **Traitement chirurgical** essentiellement : **drainage de l'abcès** sous AL ou AG, sans antibiothérapie clindamycine 5 jours associée sauf si : **Volume important > 5 cm, loca**lisation critique (visage), immunodépression, échec du drainage, âges extrêmes ou présence de signes généraux
	Lymphangite		= **Infection du réseau lymphatique** : généralement à ***S. aureus*** ou à **streptococcus pyogène** - **Traînée linéaire inflammatoire érythémateuse**, partant généralement de l'origine de l'infection et se dirigeant vers le relai ganglionnaire locorégional - Accompagné d'**ADP satellites** et parfois de **fièvre**, état général conservé - TTT : **antibiothérapie systémique**
Autres infections cutanées	**Thrombo-phlébite superficielle**		= Caractère thrombogène de *S. aureus* (permet le développement de l'infection, à l'origine d'emboles septiques et de localisations 2ndr) : **thrombose septique du réseau veineux superficiel**, qui peut se propager vers les veines profondes - **Classiquement** : complication d'un cathéter veineux → cordon inflammatoire induré à la palpation, fébricule → retrait du cathé, antiseptiques et ATB systémique si résistance ou complication - **Forme rare :** Staphylococcie maligne de la face
	Autres dermo-hypodermites bactériennes (DHB) = cellulite		**Cellulite faciale** = infection des espaces aponévrotiques profonds de la face et du cou avec risque de diffusion rapide de ka base du crâne au diaphragme **DHB faciale d'origine buccodentaire :** - DHB séreuse : Tuméfaction douloureuse, lim flou comblant le sillon buccodentaire. Peau tendue douloureuse, légèrement érythémateuse. Pas de fièvre ou fébricule . → Examen dentaire et panoramique . **Ttt** : ATB ciblant germes buccodentaires *(Staph aureus, Strepto pyogenes et anaérobies)* + geste dentaire - DHB collectée : suite de la forme séreuse : peau tendue avec fluctuation sous cutanée (=collection), fièvre élevée. ± Trismus . **Ttt** ATB ciblant germes buccodentaires + chirurgie . Peut évoluer vers la chronicité avec fistulisation = DHB chronique **DHB faciale d'origine cutanée :** - Non nécrosante, lié à S. *pyogenes*, porte d'entrée svt insignifiante - Plaque érythémateuse avec bourrelet inflammatoire périph - **TDM** cervico-facial injecté pour éliminer une thrombophlébite du sinus caverneux si supsi de staphylococcie maligne de la face - **Ttt** idem érysipèle sauf si sur furoncle = Staphylococcie maligne de la face (ATB IV couvrant le *Staph aureus ± antico curative si thrombose)*
	Infection 2ndr de plaie		- Plaie → colonisation → colonisation critique (rupture de l'équilibre) → infection (=manifestation pathologique d'une colonisation) → **Lésion inflammatoire** (douleur, érythème), **présence de pus et de fièvre** (non obligatoires) - Distinction difficile entre colonisation et infection, surtout pour les plaies chroniques - **Attention : prélèvement bactériologique positif ≠ infection (++ sur les plaies chroniques) !**
	Manifestation systémique		= Manifestation dermatologique de la diffusion systémique d'une toxine : ***Staphylococcal Scalded Skin Syndrome* (SSSS)**, ***Toxic Shock Syndrom***
ÉRYSIPÈLE			= **Dermohypodermite bactérienne aiguë** non nécrosante : le plus souvent à un **streptocoque pyogenes** (mais **B, C ou G**) - Symptomatologie marquée principalement liée à un superantigène, malgré une prolifération bactérienne peu intense (hémocultures positives < de 5% des cas) - Concerne surtout **l'adulte** > 40 ans, rare chez l'enfant, atteinte du membre inférieur dans 95% des cas - Principaux facteurs favorisants : **lymphœdème chronique ++, insuffisance veineuse, obésité, porte d'entrée cutanée**

ÉRYSIPÈLE

C

- **Fièvre** variable, de 38 à 40°C, avec **frissons** : 1er signe
- **Placard cutané** inflammatoire bien circonscrit et œdémateux, douloureux, d'extension rapide et unilatéral
- **Bourrelet périphérique** : rare sur la jambe, fréquent au visage
- **Décollements bulleux superficiels** et **purpura localisé** possibles (conséquences de l'œdème dermique)
- **ADP inflammatoires régionales** et/ou **lymphangite** fréquente
- Absence de signe de gravité devant faire suspecter une dermohypodermite nécrosante

Signes de gravité :

- Signes généraux de sepsis ou choc toxinique
- Localement : **extension rapide** en qq heures, douleurs très intenses, impotence fonctionnelle, lividités, taches cyaniques, hypo ou anesthésie locale, induration dépassant l'érythème, crépitations sous-cutanées, nécrose
- Aggravation locale en 24-48h malgré antibiothérapie

→ Rechercher une porte d'entrée (présente dans 75% des cas) : **fissuration inter-orteil** (mécanique, mycosique), **piqûre, plaie**…

Forme

Symptômes	- **Forme bulleuse**, **purpurique**, voire **nécrotique**
Topographie	- **Au visage** (**5 à 10%)** : placard inflammatoire souvent unilatéral, très œdémateux, avec bourrelet périphérique marqué - Plus rarement : **membre supérieur (ATCD de curage), abdomen, thorax** (ATCD de thoracotomie ou mammectomie), **fessier**

PC

→ /!\ Diagnostic clinique : aucun examen complémentaire nécessaire en l'absence de signe de gravité

-**NFS/CRP** souvent élevées **précocement**

- Prélèvement de la porte d'entrée si contexte de voyage, aquatique, morsure animale ou humaine...
- **Examen bactériologique** : peu contributif (rarement positif au niveau de la porte d'entrée ou d'hémocultures)
- **Echographie-Doppler du MI** : non systématique, seulement si suspicion de thrombose veineuse profonde

DD

- **Thrombose veineuse surale**
- **Dermohypodermite de stase** (sur insuffisance veineuse) : bilatérale, subaiguë/chronique, sans fièvre, pas de syndrome inflammatoire biologique
- **Dermohypodermite à S. Aureus** : Contexte de mal perforant plantaire ou toxicomanie, présence de pus frqte
- Infection de site opératoire (matériel d'ostéosynthèse ou prothèse)
- Morsure, griffure, érythème migrant, érythème noueux, lymphangite, panniculite
- **Dermohypodermite nécrosante** : fièvre persistante sous antibiotique ou hypothermie, collapsus, AEG important, douleur très intense ou évoluant vers une hypoesthésie, induration diffuse et rapidement extensive, zones cyaniques et/ou nécrotiques, crépitation → **exploration chirurgicale en urgence** ± **IRM** si disponible

TTT

→ **Hospitalisation** seulement si : doute diagnostique, signes généraux marqués, complications, comorbidités significatives (diabète, insuffisance cardiaque…), contexte social défavorable ou absence d'amélioration à 72h, > 75a ou < 1a

- Guérison sous antibiothérapie : apyrexie en **2-3 jours**, disparition des lésions cutanées généralement en **14 jours**
- **Récidive** : risque évolutif principal **= 30%**, favorisée par l'insuffisance veineuse ou une lymphangite chronique, la persistance d'une porte d'entrée (ulcère de jambe, intertrigo inter-digito-plantaire) et le surpoids

→ < **1%** de mortalité (par décompensation de comorbidités)

- Si pas d'amélioration → suspecter forme **abcédée**, forme nécrosante évoluant à bras bruit ou étiologie non streptococcique

Antibio-thérapie	= **Antibiothérapie systémique antistreptococcique** : β-lactamine : - **Pénicilline G injectable** : traitement de référence, de moins en moins utilisé . 1ère intention : **Amoxicilline** : oral (enfant : 80mg/kg) ± début IV, 50 mg/kg en 3 prises/j **7 jours** . **Augmentin®** si doute sur autre bactérie en cause (*S. aureus*) . 2nd intention (si allergie) : **pristinamycine** (ou **clindamycine** mais 6% de résistance)
Mesures associées	- **Repos au lit non strict** avec surélévation des membres inférieurs, arceau - **Antalgique** en cas de douleur - **Anticoagulation préventive** seulement si terrain à risque de maladie thromboembolique - Traitement adapté de la porte d'entrée → **Anti-inflammatoire systémique** formellement déconseillé : risque de fasciite nécrosante - Prise en charge du risque tétanique
Prévention des récidives	- TTT d'une porte d'entrée persistante : **antifongique topique** si intertrigo mycosique**…** - Prise en charge des facteurs favorisants : insuffisance veino-lymphatique, obésité… - En cas de récidives multiples ≥ **2 épisodes/an** malgré la correction des facteurs favorisants : **antibiothérapie au long cours** possible par **benzathine-benzylpénicilline** toutes les 2 à 3 semaines pendant 6 mois

DERMOHYPODERMITE NÉCROSANTE

= Prolifération bactérienne intense, généralement à **streptocoque A** en association avec d'autres bactéries type **BGN, anaérobie** (*Clostridium…*), avec nécrose évoluant de la profondeur vers la superficie → urgence vitale (**30%** de mortalité)
- **Fasciite nécrosante** associée en cas d'atteinte des aponévroses superficielles et fascias profonds intermusculaires
- Terrain favorisant : **diabète** (25% des cas), **artériopathie**, mauvais état général, prise **d'AINS**, + les FdR d'érysipèle
- Localisation : **membre inférieur** (plus fréquent), **cervico-faciale** (« cellulite » d'origine dentaire, chirurgie ORL, avec risque de médiastinite), **thoraco-abdominale** (post-chirurgical), **périnéale** = **gangrène de Fournier** (lésion périanale ou chirurgie, surtout anale)
- Classification : - **Type 1** : infection **polymicrobienne** à anaérobies, CGP et BGN
  - **Type 2** : infection **mono-microbienne** à streptocoque A ou *S. aureus*
  - **Type 3** : infection à *Vibrio vulnificus* (contamination en eau chaude en Asie)

C

= Présentation identique à un érysipèle avec présence de signes de gravité :
- Signes généraux marqués : **sepsis grave, choc septique**
- **Douleur intense**, non soulagée par les antalgiques de palier 1 et 2, s'étendant au-delà des lésions
- **Induration** des tissus au-delà des lésions visibles
- **Evolution défavorable** malgré l'antibiothérapie adaptée au diagnostic d'érysipèle
- **Extension rapide** en quelques heures
- Signes locaux (à un stade tardif) : **placards grisâtres, hypoesthésie**, évoluant vers la **nécrose (tâches cyaniques, bulles hémorragiques**, **aspect livide et atone** de la peau)
- **Crépitation neigeuse** en cas d'association avec des bactéries anaérobies

PC

- Bilan : **bilan préopératoire, hémocultures** (positives dans 10-20% des cas)
- **Prélèvements bactériologiques peropératoires** (aérobie et anaérobie)
- **Imagerie** uniquement si réalisable rapidement = **IRM** (référence), **scanner**, voire **échographie** ou **Rx** : apprécie l'extension en profondeur de la nécrose (épaississement, infiltration hétérogène, bulles d'air)

TTT

→ **Hospitalisation urgente en réanimation** : mesures non spécifiques de réanimation

Traitement chirurgical
- **Débridement chirurgical large des tissus nécrosés**, **lavage abondant**, mise en place de **drain**
- **Reprises** si besoin les jours suivant (tant que réapparaissent des zones de nécrose)
- **Amputation** parfois nécessaire
- Dans les formes périnéales : **dérivation digestive** (colostomie) et **urinaire**
- **Chirurgie reconstructrice** si besoin dans un 2nd temps : lambeaux, greffes…

Antibio-thérapie

= IV à forte dose, secondairement adaptée, pour une durée de **14 à 21 jours**
- Membres ou région faciale : **Augmentin®** + **clindamycine** (anti-toxinique)
- Pédia : Augmentin 150 mg/kg/j + clindamycine 40 mg/kg/j
- Abdomino-périnéale : **pipéracilline-tazobactam** ou **imipenème** + **métronidazole**
- Post-opératoire ou nosocomiale : **pipéracilline-tazobactam** ou **imipenème**
- Toxicomane : **Augmentin®** ou **pénicilline M** (anti-SASM) ± **vancomycine** (anti-SARM)
- En cas de sepsis grave : + **aminoside** (gentamycine si communautaire, amikacine si nosocomiale)

Autres
- **Oxygénothérapie hyperbare :** efficacité prouvée en cas d'infection à germes anaérobies
- **Ig polyvalentes :** antitoxinique, efficacité prouvée en cas d'infection streptococcique

MYOSITE

= **Myo-nécrose** ou **myosite bactérienne** : atteinte primitive ou prédominante du muscle, avec ou sans nécrose, fréquemment associée à une atteinte des fascias et de l'hypoderme
- Généralement mono-microbien : ***Clostridium***, surtout ***C. perfringens*** (90%), **streptocoque A, *S. aureus***
- Après un **traumatisme** (plaie souillée), en **post-opératoire** (amputation), pied diabétique, brûlure, escarre, injection IM
- Début brutal avec **œdème tendu**, très douloureux, signes cutanés peu marqués (**peau pâle** puis **rouge-violacée**), **crépitation sous-cutanée**, **signes généraux marqués**

→ **Urgence chirurgicale** : prise en charge identique à la dermohypodermite nécrosante

INFECTIONS À CANDIDA

Candida albicans : levure endo-saprophyte du tube digestif et des muqueuses génitales féminines (**jamais sur la peau saine !**)
Peut passer de l'état saprophyte à l'état pathogène sous l'influence de divers facteurs favorisant l'infestation :
- **Endogène** principalement : porte d'entrée digestive ou génitale
- **Exogène** (rare) : chorio-amniotite par vaginite candidosique chez la mère, candidose sexuellement transmissible
- **Septicémie** ou **lésion viscérale profonde** (très rare) : immunosuppression, aplasie médullaire, nouveau-né prématuré

FdR

Facteurs locaux

- **Humidité/macération** : contacts répétés avec l'eau, occlusion, obésité, transpiration…
- **pH acide**, **irritation chronique** (prothèse dentaire, mucite post-radique…), **xérostomie**
- Facteurs locaux d'origine exogènes : pâtissiers (contacts répétés avec le sucre)

Facteurs généraux

- **Immunosuppression** : congénitale, âges extrêmes, grossesse, immunosuppresseur, corticoïdes, VIH
- **Diabète**
- **Antibiotiques généraux**, **oestroprogestatifs**

<table>
<tr><td rowspan="6">Candidose buccale et digestive</td><td colspan="3">= Touche 1 ou plusieurs segments du tube digestif, prédominante aux extrémités (bouche et anus) : fréquent aux âges extrêmes (nouveau-né, sujet âgé, surtout avec prothèse dentaire), immunodéprimés ou sous antibiotique
Diagnostic positif :
- Aspect clinique : souvent très évocateur et suffisant
- Confirmation biologique par examen mycologique (frottement appuyé sur placard blanchâtre)
. <u>Indication :</u> clinique atypique, DD nécessaire, lésions récidivantes
. Examen direct : présence de levures, filaments ou pseudo-filaments
. Culture sur milieu Sabouraud + fongigramme</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Candidose buccale</td><td colspan="2">- Perlèche : intertrigo de la commissure labiale, uni- ou bilatérale, avec un fond érythémateux du pli, fissuraire, voire macéré, et extension possible à la peau adjacente et aux lèvres (chéilite).
- Glossite : langue érythémateuse et dépapillée, souvent associée à la stomatite
. Glossite losangique médiane : en av du V lingual
- Stomatite : sécheresse buccale (xérostomie), sensation de cuisson, goût métallique et/ou désagréable et/ou modification de la perception gustative (dysgueusie), muqueuse (gencives et palais) brillante, rouge, vernissée et douloureuse
- Muguet
. Phase de début : 2-3j : Stomatite érythémateuse diffuse : Xérostomie, érythème buccal (face dorsale de la langue, voûte du palais, face int des joues), dysgueusie, trouble de la mastication ou de la succion chez le nouveau-né
. Phase d'état : enduit blanchâtre recouvrant les surfaces érythémateuses se détachant facilement. Signes fonctionnels idem que ph de début mais moins intenses.
. Evolution : favorable sous ttt, chronicité possible ou extension au larynx (dysphagie) en abs de ttt
→ En l'absence de facteur favorisant retrouvé : dépistage VIH
- Forme localisée possible = ouranite : atteinte isolée du palais, face int d'une joue, glossite centrale</td></tr>
<tr><td>DD</td><td>- Stomatite : autres inflammations de la muqueuse buccale (lichen, eczéma de contact, dermatose bulleuse auto-immune…)
- Muguet : leucoplasie (tabac++, asymptomatique), lichen (muqueuse jugale post, lésions ne se détachant pas au grattage)
- Glossite :
. Langue géographique (glossite exfoliatrice marginée) : plaque rouge dépapillée entourée d'une bordure blanche, mobile d'un jour à l'autre idiopathique ou associée à une dermatose comme le psoriasis
. Langue noire villeuse : simple oxydation des papilles du dos de la langue, aspect chevelu brun/noir Iatrogène++ (antibio, anticholinergiques, radiothérapie) ou spontanée. Asymptomatique si isolé. Possible surinfection par Candida.
. Glossites carentielles ou métaboliques
. Glossodynie : signes fonctionnels sans lésions muqueuses
- Perlèche : streptococcique +++ ou staphylococcique (très douloureuses, parfois associée à Candida), syphilitique (symptôme rarement isolé), herpétique (vésicules puis croûtes spontanément résolutives en qq jours), nutritionnelle (carences martiales ou en zinc)</td></tr>
<tr><td>Candidose digestive</td><td colspan="2">- Candidose œsophagienne (plus rare) : généralement par extension d'une candidose buccale, doit faire rechercher une immunodépression (notamment VIH avec CD4 < 400, hémopathies, traitements)
- Candidose gastro-intestinale : généralement accompagnant une candidose bucco-œsophagienne, possiblement révélée par une diarrhée (mais la présence de C. Albicans dans un prélèvement de selles peut être juste une colonisation saprophyte si pas de symptômes)
- Candidose anorectale : anite prurigineuse, érythémateuse, érosive et suintante, avec atteinte périanale pouvant se prolonger par un intertrigo interfessier avec fines pustules inflammatoires en périphérie</td></tr>
<tr><td>DD</td><td>- Atteinte périanale : anite streptococcique, macération, hémorroïdes</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Candidose génitale</td><td colspan="3">- Caractère sexuellement transmissible controversé (surtout chez la femme)
- Possible survenue chez l'enfant par extension d'une dermatite fessière ou d'une anite candidosique</td></tr>
<tr><td>Vulvo-vaginite candidosique</td><td colspan="2">= Femmes jeunes et d'âge moyen, surtout pendant la grossesse, rare > 50 ans
- Lésions érythémateuses et œdémateuses, puis enduit blanchâtre et leucorrhées, souvent abondantes, blanc jaunâtre, stagnant dans les plis de la muqueuse vulvo-vaginale
- Prurit, souvent intense, possiblement accompagné de dyspareunie
- Fréquente extension aux plis inguinaux et au pli inter-fessier
- Possible cervicite érosive ou urétrite (dysurie, pollakiurie) associée
- Forme récidivante ou chronique : prolifération répétée d'une colonisation saprophyte, retentissement psychique ++</td></tr>
<tr><td></td><td>DD</td><td>- Infectieuse : bactérienne, parasitaire (trichomonose)
- Inflammatoire : lichen scléreux (surtout femme ménopausée), eczéma de contact, lichénification, psoriasis
-tumorales : carcinome épidermoïde in situ, adénocarcinome intra-épithélial à cellules claires (maladie de Paget extra-mammaire)</td></tr>
</table>

Intertrigo candidosique	**Candidose génitale masculine**	= Peu fréquente, souvent paucisymptomatique : picotements post-coïtal, sans lésion détectable - **Balanite** et **balanoposthite** : lésion érythémateuse, rarement pustuleuse du gland, du sillon balanopréputial et/ou du prépuce, réaliser biopsie au moindre doute - **Méatite** : **érythème** péri-méatique, **dysurie, prurit**, accompagnant souvent la balanite, exceptionnellement **écoulement purulent blanc verdâtre** → à authentifier par prélèvement mycologique - **Urétrite masculine** : exceptionnelle, souvent terrain particulier (immunodépression), brulures mictionnelles/dysurie/écoulement urétral	
		DD	- Infection : **syphilis secondaire, herpès génital** - Irritative (**balanite de macération**) ou inflammatoire (**psoriasis**) - **Carcinome intra-épithélial** : **érythroplasie de Queyrat** → biopsie au moindre doute
	= Le plus souvent **auto-inoculation** à partir d'un réservoir digestif ou vaginal, favorisé par la macération, l'obésité, le diabète, le manque d'hygiène et l'antibiothérapie systémique évolution souvent chronique, récidivante - Diagnostic clinique, grands plis > petits plis - **Lésion prurigineuse à fond érythémateux**, recouvert d'un **enduit** crémeux malodorant et suintant, avec une **fissure** fréquente au fond du pli, limitée par une **bordure pustuleuse** ou une **collerette desquamative**		
	Intertrigo des grands plis	= **Plis génito-cruraux (nourrissons ++), interfessier**, **sous-mammaires, axillaire** ou du **repli abdominal** chez l'obèse - Atteintes souvent intriquées entre elles (« complexe des grands plis »), souvent bilatéral et symétrique - Débute au fond du pli par une **fissure prurigineuse** bilatérale et symétrique en faveur d'une atteinte candidosique - **Evolution centrifuge** avec en périphérie de petites pustules ou une fine desquamation - Suintant et malodorant	
		DD	- **Intertrigo dermatophytique** : surtout des plis inguinaux et interdigitaux plantaires - **Psoriasis inversé** : intertrigo vernissé, bien limité, parfois papuleux, sans pustule ni aspect en collerette en périphérie → à évoquer en cas d'intertrigo résistant à un traitement bien conduit, ou de plaque psoriasique typique en dehors des plis - **Dermatite de contact allergique** (prurigineuse, érythémato-vésiculeuse, suintante) ou **caustique** (sèche, crevassée) - **Intertrigo microbien** : staphylocoque, streptocoque ou pyocyanique → intertrigo douloureux, fissuraire ou répondant mal à l'antifongique - **Erythrasma** = intertrigo à corynébactéries : tache brune chamoisée, volontiers symétrique, de teinte homogène, asymptomatique, fluorescence rouge corail en lumière de Wood
	Intertrigo des petits plis	= Interdigitaux des mains ou des pieds (plus fréquents), péri-ombilical, périanal, rétro-auriculaire Facteurs favorisants : - **Contact avec l'eau** (plongeur en restaurant, ménagère) ou le sucre (pâtissiers) pour l'atteinte des mains - **Hyperhidrose** (transpiration excessive) - **Occlusion** : port de chaussures de sécurité, bottes…	
		DD	- **Dermatophytose, dyshidrose, psoriasis**
Candidose des phanères	**Onychomycose candidosique**	= Atteinte préférentielle des mains, favorisé par contact avec l'eau (ménagère) ou le sucre (artisan pâtissier), évolution chronique par poussées intermittentes - **Périonyxis** (ou **paronychie**) : tuméfaction douloureuse de la zone matricielle et du repli sus-unguéal, possible sudation de pus à la pression - **Onyxis** = envahissement de la tablette unguéale : teinte marron verdâtre dans les régions proximales et latérales - **Surinfection bactérienne** fréquente, notamment à *Pseudomonas* (teinte bleu-vert)	
		DD	- **Périonyxis bactérien** - **Onyxis à dermatophyte**, **psoriasis** (vulgaire, pustuleux), **lichen, pelade, microtraumatismes**
	Folliculite candidosique du cuir chevelu	= **Inflammation** et **suppuration douloureuse** du follicule pilosébacé par *C. Albicans* - Volontiers associées à l'**héroïnomanie IV** (témoin d'une septicémie)	
		DD	**Folliculite microbienne, pytirosporique, inflammatoires**
Autres	**Candidose cutanée congénitale**	= **Pustulose diffuse du nouveau-né** = consécutive à une **chorioamniotite** par vulvo-vaginite maternelle en fin de grossesse : rare, de bon pronostic - A différencier de la **candidose systémique gravissime** : nouveau-né prématuré de faible poids de naissance, contaminé au cours du passage dans la filière génitale de mauvais pronostic +++	
	Candidose cutanéo-muqueuse chronique	= Lié à un **déficit congénital de l'immunité cellulaire** vis-à-vis de *C. albicans* : très rare - Surtout chez l'enfant : **atteinte unguéale, buccale** voire **cutanée** (**granulomes moniliasiques**) - Plus discrète chez l'adulte	

Diagnostic mycologique	= Non systématique en routine : présentation clinique souvent évidente - **Indication** : atypie, doute diagnostique (avant traitement), lésion récidivante ou résistante au traitement - **Prélèvement de lésion cutanéo-muqueuse** à l'écouvillon, ou **de l'ongle** (découpage d'un fragment de tablette)		
	Examen direct		- Recherche de **levures bourgeonnantes** - Présence de **pseudo-filaments** ou de **filaments** : signe le pouvoir pathogène de *C. albicans*
	Culture sur milieu de Sabouraud		- **Développement des colonies** en 48h : caractérisation de l'espèce en cause - Mise en évidence de *C. Albicans* : . Site cutané : diagnostic (absent de la peau saine) . Site muqueux : interprétation selon le nombre de colonies et de la présence de filaments
TTT	**Antifongique local**		- **Imidazolé** : **clotrimazole, bifonazole, éconazole, genticonazole, isoconazole, kétoconazole, miconazole, omoconazole, oxiconazole, sertaconazole, tioconazole** - **Pyridone** : **ciclopiroxolamine** (Mycoster®) - **Allylamine** : **terbinafine** (Lamisil®), d'efficacité moindre sur C. Albicans - **Critères de choix** : imidazolés en 1ere intention, forme galénique adaptée au site (pas de poudre dans les plis, irritant), 1 à 2 applications quotidiennes, pendant 2 à 4 semaines, formes particulières pour les muqueuses (suspension buccales, dragées, ovules
	Antifongique systémique		→ Aucun antifongique oral n'est autorisé chez la femme enceinte - **Fluconazole** (Triflucan®) : 1ere intention, IV pour les candidoses disséminées, systémiques et profondes ; ou *PO* pour les candidoses oropharyngées et œsophagiennes en cas d'ID**, nombreuses interactions médicamenteuses (inducteur du cytochrome → AVK, sulfamides…)** - **Polyène** = prévention des mycoses des sujets ID ou TT complémentaire des candidoses vaginales et cutanées, toxicité rénale et hémato → usage en réa ou chez les transplantés, Suspension buvables pour les candidoses œso-pharyngées (pas d'absorption donc action seulement locale) → **Amphotéricine B :** TT de référence des mycoses systémiques,) ou **nystatine** - **Terbinafine :** en 2nd intention, moins efficace que sur les dermatophytes, que si CI au Fluconazole - **Autres** : itraconazole, flucytosine : infections systémiques et ID, jamais dans les formes superficielles
Stratégie thérapeutique	- **Traitement local** systématique - **Traitement systémique** associé en cas d'atteinte étendue, inaccessible à un traitement local simple (ongle…) ou chez l'immunodéprimé et/ou sévère (néonat, septicémie à C. Albicans…		
	Candidose buccale	Immuno-compétent	- TTT local : . **Nystatine** (Mycostatine®) : 4 à 8 comprimés à sucer/jour . **Amphotéricine B** (Fungizone®) : en suspension, 4 cuillères à café en 2 prises/jour . **Miconazole** (Daktarin®) : en gel buccal, 2 cuillères 4 fois/j (CI : AVK/sulfamide) ou cp buccal muco-adhésif (à laisser en place 24h contre la gencive, pendant 7 à 14J, **CI avec AVK ou sulfamides hypoglycémiants**) - Durée : **1 à 3 semaines** - Produits maintenus en contact avec la muqueuse pendant quelques minutes - Soins à distance des repas TTT adjuvant : **bains de bouche alcalin** (**Eludril®** ou **bicarbonate de sodium** pour alcaliniser)
		Enfant et nourrisson	- Amphotéricine suspension : 1 cuillère à café/10kg/24h en 2-3 prises (50mg/kg par jour) - Miconazole gel buccal : 1cuil mesure (2,5ml) 4/jour
		Immuno-déprimé	= Traitement par voie général associé, surtout en cas d'atteinte œsophagienne, augmentation des posologies pour éviter résistances - **Fluconazole** (Triflucan®, 200mg/j si buccale, 400mg/j si atteinte œsophagienne) ou **itraconazole** (Sporanox®) : en cures courtes de **7 à 14 jours**, discontinues pour éviter la résistance (14 à 21 jours si atteinte œsophagienne)
	Candidose génitale	Vulvo-vaginite aiguë	- **Imidazolé** : **1 ovule** pendant **1 à 3 jours** - **Crème antifongique locale** type **dérivé imidazolé** pendant **2 à 4 semaines** - **Nystatine** - **Toilette au savon alcalin** (Hydralin®)
		Vulvo-vaginite récidivante	- Traitement préventif : **ovule antifongique LP** 1 fois/mois à **J20** du cycle - Fluconazole per os à discuter - Traitement prophylactique par **ovule d'imidazolé LP** avant antibiothérapie si ATCD - Rechercher et traiter une éventuelle candidose chez le partenaire
		Balanite	- **Toilette au savon alcalin** (Hydralin®) - 1-2 Applications quotidiennes de **dérivé azolé** pendant **1 semaine.** - Si échec, **fluconazole** *per os.* - Rechercher et traiter une éventuelle candidose chez le partenaire
	Candidose des plis		- **Antifongique local** = lotion, gel, poudre, crème : **imidazolé, Amphotéricine B** ou **ciclopiroxolamine** pendant **2 à 4 semaines** - **Éradication des facteurs favorisants** : macération, traitement d'un réservoir buccal, digestif ou vaginal

	Candidose unguéale	- **Antifongique local** = **solution « filmogène »** ou **crème sous occlusion** : efficace seulement en cas d'atteinte modérée et distale - **Antifongique systémique** si atteinte de plusieurs doigts ou échec des topiques, après identification mycologique : **fluconazole** (Triflucan®, 150 à 300mg/j) pendant **6 semaines à 3 mois (hors AMM)** - Mesures associées : **séchage des doigts**, **bains de doigts antiseptique** (poly-vinyle-pyrrolidone ou chlorhexidine) pour lutter contre la surinfection bactérienne, **port de gants**

Atteinte	Mesures associées	Antifongique	Durée
Candidose buccale	Soins à distance des repas **Bains de bouche alcalin**	TTT local : **Miconazole** (gel buccal) → CI : AVK, sulfamide **Amphotéricine B** (suspension) **Nystatine** (cp à sucer)	1-3 semaines
		Chez l'immunodéprimé : TTT systémique **Fluconazole** ou **Itraconazole**	5-15 jours Discontinues
Vulvo-vaginite	**Toilette au savon alcalin** Recherche et traitement des partenaires	**Ovule imidazole**	1-3 jours
		Crème imidazole	2-4 semaines
		Si récidivante : **ovule imidazole LP**	1/mois à J20 du cycle Avant toute antibiothérapie
Balanite	**Toilette au savon alcalin**	**Crème imidazole**	2-3 semaines
Candidose des plis	Éradication des facteurs favorisants Traiter un réservoir buccal, digestif ou vaginal	TTT local (lotion, gel, poudre, crème) : **Imidazole** ou **ciclopiroxolamine**	2-4 semaines
Candidose unguéale	Séchage des doigts **Bains antiseptiques**	TTT local si atteinte modérée/distale : **solution filmogène, crème sous occlusion**	
		TTT systémique si atteinte de plusieurs doigts ou échec du topique **Fluconazole** → Après identification mycologique	6 à 12 semaines

INFECTIONS À DERMATOPHYTE

Dermatophyte = mycose superficielle : **champignons filamenteux** type ***Epidermophyton, Microsporum*** ou ***Trichophyton***
- Non saprophyte de la peau, des muqueuses ou des phanères ➝ **toujours pathogènes**
- **3 réservoirs** : tellurique, humain, animal
- Affinité pour la **kératine** (couche cornée de l'épiderme et phanères) ➝ **aucune atteinte muqueuse**
- Facteur favorisant principal : **altération épidermique** (traumatique…)
- Transmission par contact avec des **poils** ou des **squames** contaminés

Transmission

Interhumaine : contamination directe, ou le plus souvent indirecte par les sols (squame), peigne, brosse, vêtement, chapeaux…
- Espèce anthropophile : ***Trichophyton*** (*T. rubrum, T. interdigitale, T. violaceum, T. soudanenese, T. tonsurans…)*
- Prédomine en milieu sportif (**piscine**), **douches collectives, vestiaires des écoles**, favorisé par la macération
➝ Risque épidémique en cas de teigne (*T. soudanense*)

Mammifère (**zoophile** : *Microsporum canis, T. mentagriphytes*) : élevage ou de compagnie, lésion souvent inflammatoire
Tellurique (géophile) : *M. gypseum* transmission par le sol (terre, sable) ou par un animal vecteur

Dermatophytose des plis

= ***Trichophyton rubrum*** (70-80%) ou ***interdigitale*** (10-15%) ou ***Epidermophyton floccosum*** (5%)

Intertrigo inter-orteils

= Touche l'adulte/ado surtout, préférentiellement au 4ème et 5ème espaces
- Aspect de simple **desquamation** sèche ou suintante, associée ou non à des **fissures** ou à des **vésiculo-bulles** sur la face interne des orteils et au fond du pli ± **prurit** variable
- Complication : porte d'entrée bactérienne (érysipèle), diffusion à l'ensemble du pied (tinea pedis) ou d'autres régions du corps, contamination pied-main (notamment *T. rubrum,* « two feet-one hand »)

DD
- **Candidose à *Candida albicans*** : rare au pied, le plus souvent au 1er espace
- **Eczéma dyshidrosique** : vésicules bien individualisées, bulles, évoluant par poussées, prurit intense ± suintement
- **Intertrigo à BGN** : lésions érosives, douloureuses, atteinte généralement de plusieurs espaces inter-orteils, très suintante parfois verdâtre, odeur âcre, résistant à l'antifongique

Atteinte des grands plis

Pli inguinal = **eczéma marginé de Hébra** : généralement auto-inoculation à partir du pied
- **Placard** bistre (guérison centrale), à bordure active érythémato-squameuse, voire vésiculeuse avec fin décollement épidermique, **prurigineux**
- Extension à la face interne de la cuisse de façon **centrifuge** : contour **circiné**, en carte de géographie
- **Fond du pli** : ni érythémateux, ni fissuré, plutôt sec

➝ En faveur d'une dermatophytose : - Bordure **érythémato-vésiculo-squameuse** et **bien limitée**
- **Extension centrifuge** avec **guérison centrale**
- **Atteinte unilatérale**

Autres plis = **inter-fessier, axillaire, abdominal, sous-mammaire** : moins fréquent, aspect identique

DD
- **Candidose** : placard rouge, souvent vernissé, pli fissuré, recouvert d'un enduit blanchâtre, bords émiettés avec fine collerette ou pustules périphériques, sans extension à distance du pli
- **Erythrasma à *Corynebacterium minutissimum*** : placard brun chamois, finement squameux, sans bordure active, avec fluorescence rouge corail à la lampe de Wood
- Non infectieux : **dermatite de contact irritative, eczéma de contact, psoriasis inversé**

Dermatophytose en peau glabre

= +++ à **dermatophyte anthropophile des pieds** (*T. rubrum* ++) ou **zoophile (chat, chien)** par contact direct ou indirecte

Dermatophytie circinée

= ***Tinea corporis*** ou « **herpès circiné** » : atteinte unique ou multiple, surtout des régions découvertes, chez les personnes exposées à des animaux domestiques et d'élevage.
- **Placards** arrondis ou polycycliques (coalescents), avec bordure érythémato-vésiculo-squameuse très évocatrice, d'évolution centrifuge avec guérison centrale
- **Prurit** parfois intense

Kérion

= **Forme inflammatoire** : dermatophyte d'origine animale ou tellurique
- **Lésion nodulaire** et **pustuleuse**
- Parfois 2ndr à l'application d'une corticothérapie locale

Kératodermie palmoplantaire

- Tableau stéréotypé : **kératodermie palmaire unilatéral,** occasionnellement prurigineuse, associée à une **kératodermie des 2 plantes** (« *one hand, two feet* »)
- Aspect blanchâtre, farineux, avec renforcement des plis palmoplantaires ± atteinte unguéale
- Une atteinte plantaire, ± fissuraire, ± limitée au talon, isolée sans atteinte palmaire possible

Forme de l'immunodéprimé : = **VIH, corticothérapie à haute dose, greffé d'organe, diabète** : absence de bordure évolutive et de prurit, profusion des lésions, rapidité d'extension

DD : - Lésion annulaire ≠ dermatophytose : éliminer un **eczéma nummulaire**, une **dermatite atopique**, un **psoriasis annulaire**, un **pityriasis rosé de Gilbert** (virose à lésions multiples), un **lupus cutané chronique**

TEIGNE	= Infection dermatophytique avec parasitisme pilaire : beaucoup plus fréquente chez l'enfant		
	Teigne du cuir chevelu	= Essentiellement l'enfant avant la puberté : **transmission interhumaine indirecte** (bonnet, matériel de coiffure : petites épidémies intrafamiliales), ou **transmission animale** (formes inflammatoires +++)	
		Teigne tondante microsporique	= Plaque **alopécique** et **squameuse**, de grande taille, unique ou peu nombreuses, arrondies, extension centrifuge - Cheveux cassés à quelques millimètres de la peau - Fluorescence jaune-vert à la lumière de Wood ➝ D'origine **anthropophile ou animale**
		Teigne tondante trichophytique	= Multiples petites plaques alopéciques éparses, squameuses ou squamo-croûteuses, parfois pustuleuse - Engluant des cheveux cassés à l'émergence - Non fluorescente à la lumière de Wood ➝ **Toute d'origine anthropophile**
		Favus	= **Teigne favique** à *T. schoenleinii* (exceptionnelle en France) : plaques alopéciques arrondies recouvertes de squames-croûtes à dépression cupuliforme (« godets faviques »)Y - Evolution cicatricielle vers l'alopécie définitive
		Kérion	= **Teigne inflammatoire** : en milieu rural surtout, par teigne animale (T. mentagrophytes, transmission possible par équidés dans le monde sportif) - Lésions nodulaires, crouteuses, inflammatoires et douloureuses, avec orifices pseudo-fistuleux avec écoulement purulent et sanglant (pas de réelle collection abcédée) : dépilation si atteinte de zones pileuses/cuir chevelu - Souvent accompagné d'**ADP satellites ± fièvre**
	Teigne de la barbe	= **Sycosis mycosique** : folliculite aiguë suppurée avec papules inflammatoires, pustuleuses, parfois verruqueuses ➝ Difficile à distinguer d'une folliculite staphylococcique : diagnostic au **prélèvement mycologique**	
	Aspects atypiques	- **Pityriasis diffus** (état pelliculaire) - Formes modifiées par l'application de topiques - **Teignes des immunodéprimés** (surtout VIH) : peut simuler une **dermatite séborrhéique** ou un **psoriasis**	
	DD	- **Psoriasis du cuir chevelu** - **Fausse teigne amiantacée** (non alopéciques) - **Dermatite séborrhéique** - Autres causes d'alopécies circonscrites (pelades, pas de squame)	
	Onyxis dermato-phytique	**Ongles des orteils** principalement (80%) : ***Trichophyton rubrum*** (80%) ou ***interdigitale*** (20%) - Atteinte unguéale presque toujours associée à l'atteinte des espaces interdigitaux ou des plantes - Débute dans la partie distale et/ou latérale par une **leuconychie**, suivie d'une **hyperkératose sous-unguéale**, puis d'une **onycholyse** par décollement distal de la tablette unguéale, sans périonyxis **Ongle des doigts** : beaucoup moins fréquent que l'onyxis candidosique, espèces variées mais T. rubrum toujours prédominant	
		DD	- **Onychopathie post-traumatique** (microtraumatisme de chaussure, notamment du gros orteil) - **Psoriasis**
Diagnostic mycologique	= **Indispensable** (sauf pour les intertrigos inter-orteils) : faible valeur prédictive de la clinique (polymorphisme lésionnel), nécessité fréquente d'une enquête pour déterminer l'origine humaine ou animale ➝ Avant toute prescription d'antifongique local ou systémique ou après une fenêtre thérapeutique de **2 semaines**		
	Examen en lumière UV	= **Lampe de Wood :** fluorescence variable selon l'agent pathogène, vérifie l'extension des lésions - **Dermatophytose microsporique** : fluorescence jaune-vert des poils - **Dermatophytose trichophytique** : absence de fluorescence - **Erythrasma** à *Corynebacterium minutissium* : fluorescence rouge corail	
	Prélèvements	= De squames (grattage), cheveux ou ongles atteints (pas d'écouvillonnage) : - **Examen mycologique direct** : présence de **filaments septés** ➝ pose le diagnostique - **Culture sur milieu de Sabouraud** (long délai : 3-4 semaines) : précise le genre et l'espèce	
	Histologie	- **Biopsie cutanée** d'une dermatose inflammatoire non caractérisée : découverte fortuite de filaments mycéliens par **coloration au PAS**	

<table>
<tr><td rowspan="4">TTT</td><td colspan="2">- Antifongique local = imidazolé, ciclopiroxolamine, terbinafine : galénique adaptée, 1-2 applications/j x 3 à 4 semaines
- Antifongique général :
. 2 semaines (peau glabre) à plusieurs mis (ongles
. Griséofulvine : fongistatique (donc assoc systématique à une TT local), 1 g/j (adulte), 20 mg/kg (enfant, le seul antifongique systémique utilisable chez l'enfant), à prendre au milieu d'un repas avec un corps gras pour facilite l'absorption ; EI = photosensibilité, interactions
. Terbinafine : fongicide, non disponible chez l'enfant, peu d'interaction ; EI = tb digestifs, modifications du gout, toxidermies graves, hépatites, cytopénies sévères (rares) ; suivi = Transaminases avant traitement et contrôle à 6 semaines
. Itraconazole</td></tr>
<tr><td>Pli ou peau glabre</td><td>- Traitement local si atteinte isolée des plis ou lésions de la peau glabre limitées en nombre et en étendue, pendant 2-3 semaines par azolés locaux (3 semaines) ou terbinafine (1 semaine).
- Traitement systémique si :
. Atteinte palmoplantaire
. Multiples lésions de peau glabre
. Association à une atteinte unguéale ou pilaire</td></tr>
<tr><td>Teigne</td><td>- Antifongique local et systémique :
. Pour une durée > 6 semaines
. Jusqu'à guérison complète : clinique et mycologique
- Localement :
. Désinfection par polyvidone iodée moussante en shampoing en début de TT
. Forme galénique adaptée au cuir chevelue (lotion, crème, shampoing)
- TT systémique : CI chez la femme enceinte ou allaitante et enfant de moins de 1 an, griséofulvine en 1er intention, terbinafine sinon (CI chez l'enfant)
- Associé :
. Désinfection des bonnets, capuches et instruments de coiffure avec un antifongique en poudre
. Coupe des cheveux infectés du pourtour des plaques
. Eviction scolaire sauf si certificat attestant d'une consultation et traitement adapté
- Examen de la famille et traitement des sujets atteints (si agent anthropophile) ou de l'animal (si zoophile)</td></tr>
<tr><td>Ongle</td><td>→ Seulement après identification mycologique du dermatophyte responsable
- Antifongique pendant 3 à 6 mois à la main ou 6 à 9 mois au pied :
. Local (vernis) si atteinte modérée et distale
. Systémique par terbinafine si atteinte matricielle ou étendue en plus du traitement local.</td></tr>
</table>

INFECTIONS À MALASSEZIA

= Malassezia, notamment ***furfur*** : levure lipophile et kératinophile, commensale de la peau
- **Facteur de risque** : peau grasse, application de corps gras, chaleur, humidité, sudation, grossesse, hypercorticisme, immunodépression
- **Non contagieux**

<table>
<tr><td rowspan="6">Diagnostic</td><td rowspan="2">Pityriasis versicolor</td><td colspan="2">- Macules individualisées puis confluentes, de couleur chamois, non prurigineuses, finement squameuse (« signe du copeau »), siégeant au thorax et au cou, pouvant s'étendre à tous les corps (hors paume/plante)</td></tr>
<tr><td>TTT</td><td>- Kétoconazole topique avec 2nd application à 1 semaine</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Dermatite séborrhéique</td><td colspan="2">- Fréquente ++ (1 à 3%) chez l'homme adulte
- Lésions érythémato-squameuses, généralement prurigineuses, prédominant au visage, notamment aux zones où prédomine la séborrhée (sourcils, sillons naso-géniens, glabelle, lisière antérieure du cuir chevelu)
- FdR : VIH, syndrome parkinsonien, cancer des VADS, OH chronique</td></tr>
<tr><td>TTT</td><td>- Kétoconazole en gel moussant
- Ciclopiroxolamine en topique
± Dermocorticoïdes dans les formes très inflammatoires</td></tr>
<tr><td>Pityriasis capitis</td><td colspan="2">- Dermatite séborrhéique du cuir chevelu, prurigineuse, fréquente chez le nourrisson et chez les adultes +++</td></tr>
<tr><td>Folliculite du tronc</td><td colspan="2">- Dermatose de l'homme jeune, souvent prurigineuses, siégeant habituellement au dos</td></tr>
<tr><td>Fongémie</td><td colspan="2">- Rare, principalement chez le prématuré ou l'immunodéprimé sous nutrition parentérale lipidique par voie IV</td></tr>
<tr><td>PC</td><td colspan="3">- Lumière de Wood : fluorescence jaunâtre
- Prélèvement cutané (de squame, Scotch-test cutané) : examen direct</td></tr>
</table>